



А.В. Демчук

Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова

Негоспітальна пневмонія та коморбідність: особливості клінічного перебігу

З метою виявлення особливостей клінічного перебігу негоспітальної пневмонії (НП) в осіб з хронічними коморбідними захворюваннями проведено проспективне дослідження, в якому взяли участь 438 пацієнтів (213, або 48,6 % чоловіків), середній вік — $(56,1 \pm 17,9)$ року. За наявністю хронічної супутньої патології та ступенем її контролю виділено чотири групи хворих: без хронічної патології (79), з контрольованою супутньою патологією (115), з неконтрольованою (120) та з ускладненою хронічною патологією (124). Клінічна картина НП у пацієнтів без хронічної патології, з контрольованим або неконтрольованим супутнім захворюванням без функціональної недостатності характеризувалася легким (до 88,6 %) або середньотяжким перебігом (39,2 %), з помірною інтенсивністю респіраторних симптомів, переважно кашлю (понад 90 %), сегментарним ураженням, з рідкісними ускладненнями. У разі декомпенсації захворювань серцево-судинної та дихальної систем, порушення контролю рівня глюкози при цукровому діабеті НП мала тяжкий початок захворювання, із тяжкою задишкою (72,6 %), частковою інфільтрацією в легенях, потребувала надання невідкладної допомоги (57,3 %), частіше супроводжувалася погіршенням стану після початку стаціонарного лікування (20,2 порівняно з 8,7 %) та ускладнювалася ексудативним плевритом (31,5 %). Декомпенсація хронічних захворювань значно погіршує та ускладнює перебіг НП. У разі контрольованого хронічного захворювання пацієнти з НП не відрізняються від пацієнтів без коморбідності.

Ключові слова

Негоспітальна пневмонія, коморбідність, клінічні симптоми.

Діагностика та лікування хворих з поєднаною патологією завжди були й залишаються складною клінічною проблемою. Перебіг негоспітальної пневмонії (НП) на тлі супутніх захворювань має певні особливості, які зазвичай ускладнюють курацію пацієнтів, що пов'язано зі спотворенням симптомів, втратою контролю над хронічними захворюваннями, розвитком декомпенсації. Найчастіше подібна ситуація розвивається у людей старших вікових груп з НП, серед яких поширеність коморбідних станів сягає 80 % і більше [2, 3]. Переважно це захворювання серцево-судинної та дихальної систем, цукровий діабет, неврологічні розлади [2, 3]

Застійну серцеву недостатність, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), бронхіальну астму, цукровий діабет розглядають як чинники ризику виникнення НП [4].

У сучасних рекомендаціях щодо ведення пацієнтів з НП певною мірою враховують супутні захворювання під час визначення місця лікування та прогнозу пацієнта, наприклад, у процесі підрахунку індексу тяжкості пневмонії (PSI). Однак особливості симптоматики захворювання, їхня оцінка в динаміці та вплив на наслідки НП у таких пацієнтів визначені фрагментарно [1].

Намагання описати закономірності перебігу захворювання у різних клінічних ситуаціях сприяло виділенню фенотипів НП протягом останніх десятиліть. Наприклад, описують особливості НП у людей похилого віку та у молодших, НП у осіб, що перебувають у будинках-інтернатах тривалого догляду, НП у хворих з ХОЗЛ, аспіраційної НП [1, 2].

Мета роботи — описати особливості клінічного перебігу НП в осіб з хронічними коморбідними захворюваннями різного ступеня тяжкості й контролю, що потребували госпіталізації, та оцінити її наслідки.

Матеріали та методи

Проведено проспективне дослідження у 438 пацієнтів, що лікувалися з приводу НП в умовах пульмонологічного відділення МКЛ № 1 м. Вінниці від січня до червня 2012 р. Чоловіків було 213 (48,6 %), жінок – 225 (51,4 %). Середній вік хворих становив (56,1 ± 17,9) року (табл. 1).

Хронічні захворювання по-різному впливають на стан пацієнта, вони можуть бути контрольованими, не спричиняючи значного дискомфорту. Хворий може втратити контроль над хронічним захворюванням через різноманітні чинники, одним із яких може бути НП. У найтяжчому випадку втрата контролю над хронічним захворюванням може призвести до функціональної недостатності системи органів, що стає небезпечним для життя пацієнта, погіршує перебіг НП та потребує значних зусиль для стабілізації стану.

Тому всі хронічні захворювання у пацієнтів з НП було оцінено відповідно до контрольованості. Пацієнтів із хронічними захворюваннями розподілено на три групи: з контрольованим станом (ГК) – 115 осіб; з неконтрольованим станом (ГН) – 120 осіб та з функціональною недостатністю або ускладненнями хронічного захворювання (ГУ) – 124 особи. Пацієнти без супутньої патології (79 осіб) склали групу порівняння (ГП) клінічних ознак НП.

Для виявлення особливостей перебігу НП оцінювали суб'єктивні, об'єктивні симптоми, дані

лабораторного, рентгенологічного досліджень з урахуванням позитивних та негативних змін у стані хворих за допомогою методів описової статистики та визначення показника χ^2 .

Наслідки НП оцінювали як одужання, коли пацієнта виписували зі стаціонару без будь-яких ознак ураження дихальної системи. Поліпшенням стану вважали, коли під час виписки зі стаціонару були залишкові симптоми НП, які вимагали долікування амбулаторно. НП вважалась такою, що завершилася без одужання, якщо пацієнт помирав або потребував лікування ускладнень НП у торакальному відділенні.

Статистичну обробку матеріалів проводили за допомогою пакета статистичних програм SPSS для Windows версія 12. Рівень значущості для всіх показників, що аналізували, був $p < 0,05$.

Результати та обговорення

Серед госпіталізованих з приводу НП та з хронічною супутньою патологією переважали особи середньої та старшої вікових груп, тоді як у молодших пацієнтів таких захворювань не було. Саме вони склали ГП (табл. 2).

За захворювання починалося з ознак гострої вірусної інфекції верхніх дихальних шляхів (ГРВІ) у більшості пацієнтів з ГК, ГН, ГП та лише у половині з ГУ ($p = 0,005$). Можливо, зазначені особливості початку НП пов'язані з поступовим низхідним характером ураження органів дихання в осіб без хронічної патології та у разі її нетяжкого перебігу, тоді як у осіб з ГУ легенева тканина уразливіша через високу колонізацію дихальних шляхів патогенними мікроорганізмами, зниження локального імунного захисту [2, 3].

Майже половину хворих усіх груп до госпіталізації лікували амбулаторно, в середньому до 3 днів. Однак стан, що потребував невідкладної госпіталізації та транспортування «швидкою допомогою», частіше розвивався в осіб з ГУ ($p = 0,0001$).

Розрахунок ризику несприятливого наслідку НП за шкалою CRB-65 підтвердив тяжчий стан хворих з ГУ з високим ризиком несприятливого наслідку. Майже третина пацієнтів з ГУ мали НП IV клінічної групи.

Під час оцінки суб'єктивних ознак НП виявили, що найчастіше хворі скаржилися на кашель. Задихка спостерігалася частіше в осіб з ГУ, менше ніж у половині з ГН та третини з ГК, що підтверджує тяжчий стан хворих із ГУ (див. табл. 3).

На відміну від даних інших дослідників, які вказували на зменшення частоти лихоманки в осіб старших вікових груп з НП до 30 %, ми не спостерігали суттєвої різниці щодо цього [2].

Підвищення артеріального тиску найчастіше спостерігалось у хворих з ГН, що пов'язано з

Таблиця 1. Клінічно-демографічна характеристика пацієнтів з НП (n = 438)

Показник	Абс.	%
Середній вік, роки	56,1 ± 17,9	
Чоловіки	213	48,6
Жінки	225	51,4
Особі, молодші за 65 років	287	65,5
Особі 65 років та старші	151	34,5
Куріння понад 10 пачко-років	142	32,4
Тяжкість НП:		
3-тя група	399	91,1
4-та група	39	8,9
Супутні захворювання	359	82,0
Серцево-судинної системи	308	70,3
Органів дихання	150	34,2
Органів травлення	77	17,6
Ендокринної системи	49	11,2
Ожиріння	106	24,2
Сечовидільної системи	45	10,3
Нервової системи	28	6,4
Онкологічні захворювання	14	3,2
Наркотична та алкогольна залежність	3	0,7
Ураження однієї системи	143	39,8
Ураження двох та більше систем	216	49,3

Таблиця 2. Клінічні дані хворих на НП відповідно до контролю супутніх хронічних захворювань

Показник	ГП (n = 79)		ГК (n = 115)		ГН (n = 120)		ГУ (n = 124)		p
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Середній вік, роки	35,7 ± 11,3		51,6 ± 16,6		61,1 ± 12,6		68,5 ± 13,5		0,0001
Початок з ГРВІ	60	75,9	79	68,7	87	72,5	68	54,8	0,005
Амбулаторне лікування до госпіталізації	48	60,8	60	52,2	61	50,8	58	46,8	0,279
Тривалість амбулаторного лікування, доба	3,1 ± 3,8		2,7 ± 3,2		2,6 ± 4,0		3,2 ± 9,7		0,855
Невідкладна госпіталізація	10	12,7	34	29,6	38	31,7	71	57,3	0,0001
CRB-65:									
0 балів	70	88,6	76	66,1	70	58,3	37	29,8	0,001
1 бал	9	11,4	34	29,6	47	39,2	64	51,6	
2 бали	0	0	5	4,3	3	2,5	19	15,3	
3 бали	0	0	0	0	0	0	4	3,2	
Група НП:									
3-тя	77	97,5	112	97,4	115	95,8	95	76,6	0,0001
4-та	2	2,5	3	2,6	5	4,2	29	23,4	
Середня тривалість стаціонарного лікування, доба	11,3 ± 3,1		11,7 ± 3,2		11,6 ± 3,0		12,9 ± 4,7*		0,006
Ознака									
Кашель:									0,04
сухий	36	45,6	60	52,2	42	35	51	41,1	
вологий	36	45,6	50	43,3	75	62,5	68	54,8	
Задихка:									0,0001
легка	16	20,3	31	27,0	56	46,7	66	53,2	
тяжка	2	2,5	5	4,3	1	0,8	24	19,4	
Біль у грудній клітці	14	17,7	14	12,2	17	14,2	15	12,1	0,403
Аускульгатиивно:									
свистячі хрипи	8	10,1	12	10,4	15	12,5	21	16,9	0,008
вологі хрипи	40	50,6	71	61,7	65	54,2	73	58,9	
крепітація	19	24,1	23	20,0	37	39,8	26	21,0	
Локалізація:									
права легеня	41	51,9	59	51,3	64	53,3	68	54,8	0,001
ліва легеня	28	35,4	43	37,4	36	30,0	20	16,1	
двобічна	10	12,7	13	11,3	20	16,7	36	29,0	
Лихоманка	37	46,8	57	49,6	43	35,8	56	45,2	0,638
Тахікардія	23	29,1	38	33,1	56	46,7	63	50,8	0,009
Гіпотензія	3	3,8	2	1,7	0	0	1	0,8	0,0001
Гіпертензія	1	1,3	5	4,3	54	45,0	49	39,5	
Обструктивний синдром	11	14,0	27	23,5	34	28,3	32	25,8	0,0001
Екссудативний плеврит	9	11,4	10	8,7	9	7,5	39	31,5	0,0001
Рентгенологічна інфільтрація:									
перибронхіальна	39	49,4	59	51,3	64	53,3	52	41,9	0,115
сегментарна	26	32,9	28	24,3	28	23,3	29	23,4	
часткова	14	17,7	28	24,3	28	23,3	43	34,7	
Лейкоцитоз	10	12,7	14	12,2	28	23,3	33	26,6	0,01
Легенева недостатність:									
легка	54	68,4	73	63,5	33	27,5	21	16,9	0,0001
середньої тяжкості	15	19,0	31	27,0	80	66,7	73	58,9	
тяжка	1	1,3	6	5,2	6	5,0	30	24,2	

втратаю контролю за гіпертонічною хворобою, яка була найпоширенішим неконтрольованим хронічним захворюванням.

Під час аналізу аускульгатиивних ознак НП виявили різницю в частоті виникнення крепітації переважно у хворих з ГН (p = 0,008). У пацієнтів

усіх груп вислуховувались сухі хрипи в межах від 10 до 16,9 %. І якщо у пацієнтів із супутніми захворюваннями цей симптом є складовою хронічного обструктивного захворювання легень, то в осіб без хронічних процесів його появу можна вважати однією з особливостей НП.

Таблиця 3. Наслідки НП у хворих різних груп

Наслідок	ГП (n = 79)		ГК (n = 115)		ГН (n = 120)		ГУ (n = 124)		p
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Одужання	52	65,8	71	61,7	66	55,0	75	60,5	0,778
Поліпшення	26	32,9	37	32,2	48	40,0	42	33,9	
Переведення у торакальне відділення	1	1,3	6	5,2	5	4,2	5	4,0	
Смерть	0	0	1	0,9	1	0,8	2	1,6	

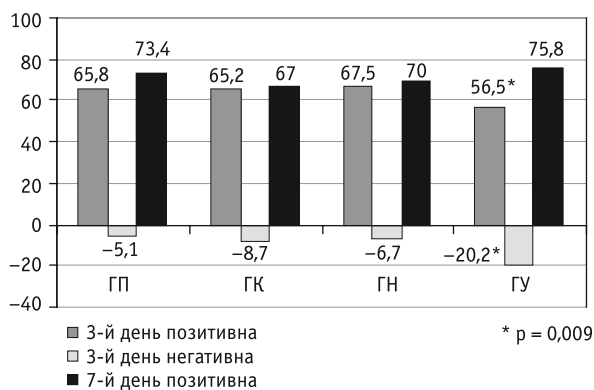


Рисунок. Порівняння зміни стану пацієнтів різних груп протягом лікування у стаціонарі

Про тяжкий перебіг НП у хворих з ГУ свідчить значна поширеність інфільтрації легеневої тканини з частковим та двобічним ураженням, переважно середньотяжкою та тяжкою легеневою недостатністю. Ексудативний плеврит частіше спостерігався в осіб з ГУ ($p = 0,0001$).

Майже у двох третин хворих із ГП, ГК, ГН позитивна динаміка спостерігалася на третю добу перебування у стаціонарі. У ГУ таких пацієнтів було трохи більше половини та у 20,2 % погіршився стан, що свідчить про труднощі їхньої курації (рисунок).

Середня тривалість стаціонарного лікування була статистично вірогідно довшою у пацієнтів з ГУ порівняно з хворими з інших груп ($p = 0,006$; див. табл. 2).

НП завершилася одужанням або поліпшенням у більшості хворих усіх груп (табл. 3). За час перебування у стаціонарі у 4-х пацієнтів (0,9 %) з НП, які мали супутні захворювання, констатований негативний (летальний) вихід.

Список літератури

1. Фещенко Ю.І., Голубовська О.А., Гончаров К.А. та ін. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (проект клінічних настанов) // Укр. пульмонолог. журн.— 2012.— № 4.— С. 5—17.

Низький рівень летальності свідчить про вчасну діагностику та високу ефективність стаціонарного лікування хворих на НП. Ми не спостерігали статистично значущого збільшення показників негативних наслідків НП у хворих з ГУ. Хоча, за даними С. Cillioniz та співавт. [3], саме некомпенсована супутня патологія є найбільш значущим чинником ризику смерті.

Висновки

Хронічні супутні захворювання впливають на клінічний перебіг негоспітальної пневмонії, особливо в разі втрати контролю з розвитком функціональної недостатності серцево-судинної та дихальної систем, порушенням контролю за рівнем глюкози у хворих на цукровий діабет. Негоспітальна пневмонія у таких пацієнтів характеризується тяжким початком, значно більшим поширенням запальної інфільтрації в легенях, потребує невідкладної допомоги, частіше супроводжується погіршенням стану після початку стаціонарного лікування та ускладнюється ексудативним плевритом.

У разі контролю за хронічним захворюванням або неконтрольованого стану без ознак функціональної недостатності перебіг негоспітальної пневмонії не відрізняється від клініки захворювання у пацієнтів без супутньої хронічної патології.

Перспективи подальших досліджень. Для поліпшення курації пацієнтів з НП на тлі хронічної некомпенсованої патології слід провести додаткові дослідження для детальної оцінки сили та інтенсивності зв'язку симптомів НП з ознаками декомпенсації хронічного захворювання. Нагромадження відомостей про вплив хронічних захворювань на перебіг НП, її наслідки потрібні для розробки нових, обґрунтованих рекомендацій щодо ведення пацієнтів.

2. Chalmers J.D., Pletz M.W., Alberti S., Mon Chalmers J.D. Community-acquired pneumonia // Eur. Respir. Monog.— 2014.— Vol. 63.— 289 p.
3. Cillioniz C., Polverino E., Ewing S. et al. Impact of age and comorbidity on cause and outcome in community-acquired pneumonia // Chest.— 2013.— Vol. 144.— P. 999—1007.
4. Jackson M.L., Neuzil K.M., Thompson W.W. et al. The

burden of community-acquired pneumonia in seniors: results of a population-based study // CID.— 2004.— Vol. 39.— P. 1642—1650

5. Klapdor B., Ewig S., Pletz M.W. et al. Community-acquired pneumonia in younger patients is an entity on its own // Eur Respir J.— 2012.— Vol. 39.— P. 1156—1161.

А.В. Демчук

Винницький національний медичний університет імені Н.І. Пирогова

Внебольничная пневмония и коморбидность: особенности клинического течения

В целях выявления особенностей клинического течения внебольничной пневмонии (ВП) у лиц с хроническими коморбидными заболеваниями проведено проспективное исследование, в котором приняли участие 438 пациентов (213 (48,6 %) мужчин), средний возраст — (56,1 ± 17,9) года. По наличию хронической сопутствующей патологии и степени ее контроля выделено четыре группы больных: без хронической патологии (79), с контролируемой сопутствующей патологией (115), с неконтролируемой (120) и с осложненной хронической патологией (124). Клиническая картина ВП у пациентов без хронической патологии, с контролируемым или неконтролируемым сопутствующим заболеванием без функциональной недостаточности характеризовалась легким (до 88,6 %) или среднетяжелым течением (39,2 %), с умеренной интенсивностью респираторных симптомов, преимущественно кашля (более 90 %), сегментарным поражением, с редким возникновением осложнений. При декомпенсации заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем, нарушении контроля уровня глюкозы при сахарном диабете ВП характеризовалась тяжелым началом заболевания, с тяжелой одышкой (72,6 %), долевой инфильтрацией в легких, вызывала потребность в неотложной помощи (57,3 %), чаще сопровождалась ухудшением состояния после начала стационарного лечения (20,2 по сравнению с 8,7 %) и осложнялась экссудативным плевритом (31,5 %). Декомпенсация хронических заболеваний значительно ухудшает и осложняет течение ВП. При контроле хронического заболевания пациенты с ВП не отличаются от пациентов без коморбидности.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, коморбидность, клинические симптомы.

A.V. Demchuk

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

Community-acquired pneumonia and comorbidity: features of clinical course

To identify the features of clinical course of community-acquired pneumonia (CAP) at the patients with chronic comorbid disorders and assessment of outcome the prospective study of 438 patients (213 male (48.6 %), mean age — (56.1 ± 17.9) years) was performed. According to presence of chronic comorbidity and level of its control all patients were divided into 4 groups: no chronic diseases (79 persons), with controlled co-morbidities (115 people), with uncontrolled concomitant diseases (120 people) and complicated co-morbidities (124 people). Clinical presentation of CAP at the patients without chronic disease, with controlled or uncontrolled concomitant disease without functional failure characterized by mild (to 88.6 %) or moderate disease (39.2 %) with moderate intensity of respiratory symptoms, mainly cough (more than 90 %), segmental infiltration of lungs, rare complications. In the case of decompensation of cardiovascular and respiratory diseases, labile blood glucose in diabetes melitus patients had severe onset, with the presence of severe dyspnea (72.6 %), lobal infiltration of the lungs, needed urgent help (in 57.3 % of cases), often accompanied by deterioration of the patient after the start of treatment (20.2 % vs. 8.7 %) and exudative pleurisy (31.5 %). Availability decompensation of chronic diseases related to the development of functional failure worsens and complicates the course of emergency. In the case of controllable chronic disease patients with NP do not differ from those without comorbidity.

Key words: community-acquired pneumonia, comorbidity, clinical symptoms.

Контактна інформація:

Демчук Анна Василівна, доц. кафедри пропедевтики внутрішньої медицини
21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. E-mail: avdemchuk@yahoo.com

Стаття надійшла до редакції 13 липня 2015 р.